

Guía de referencia rápida de beneficios y servicios*

| Beneficios | Miembros menores de 21 años de edad | Miembros mayores de 21 años de edad |
|---|--|---|
| Servicios de ambulancia 'no de emergencia' | Cubierto cuando es médicamente necesario y con autorización previa. Puede corresponder un copago a los miembros de 18 a 20 años de edad. | Cubierto cuando es médicamente necesario y con autorización previa. Puede corresponder un copago. |
| Para servicios de ambulancia de emergencia: llame al 911 | | |
| Tomografía axial computarizada (estudio CT) | Cubierto cuando es médicamente necesario y con autorización previa. | Cubierto cuando es médicamente necesario y con autorización previa. |
| Quiropráctico | Cubierto: no se necesita una referencia médica ni autorización previa para la evaluación inicial. Se requiere la autorización previa después de la evaluación inicial. Puede corresponder un copago a los miembros de 18 a 20 años de edad. | Cubierto: no se necesita una referencia médica ni autorización previa para la evaluación inicial. Se requiere la autorización previa después de la evaluación inicial. Puede corresponder un copago. |
| Equipo médico duradero | Cubierto cuando es médicamente necesario, cuando está cubierta por el Programa de Asistencia Médica de Pennsylvania, con una receta médica y a veces requiere autorización previa. <i>Consulte la sección "Autorización previa" del Manual del Miembro para obtener más información.</i> Puede corresponder un copago a los miembros de 18 a 20 años de edad. | Cubierto cuando es médicamente necesario, cuando está cubierta por el Programa de Asistencia Médica de Pennsylvania, con una receta médica y a veces requiere autorización previa. <i>Consulte la sección "Autorización previa" del Manual del Miembro para obtener más información.</i> Puede corresponder un copago. |
| Servicio de la sala de emergencias | Cubierto | Cubierto |
| Servicios de EPSDT (incluye entre otras cosas, visitas pediátricas y vacunas) | Cubierto | Estos servicios no corresponden a los miembros mayores de 21 años. |
| Planificación familiar | Cubierto | Cubierto |
| Audífonos | Cubiertos con autorización previa. | No es un beneficio cubierto por el programa de Asistencia Médica de Pennsylvania. |
| MRI/MRA | Cubierto cuando es médicamente necesario y con autorización previa. | Cubierto cuando es médicamente necesario y con autorización previa. |
| Ortodoncia (dientes/mandíbula) | Cubierto cuando es médicamente necesario. | No está cubierto. |
| Ortopeda (huesos) | Cubierto con una referencia médica de su PCP a un proveedor de la red. | Cubierto con una referencia médica de su PCP a un proveedor de la red. |

| Beneficios | Miembros menores de 21 años de edad | Miembros mayores de 21 años de edad |
|---|--|---|
| Consultas al PCP | Cubierto | Cubierto |
| Podólogo | Cubierto con una referencia médica de su PCP a un proveedor de la red y a veces requiere autorización previa. <i>Consulte las secciones "Cómo obtener atención médica de especialistas" y "Especialistas fuera de la red" del Manual del Miembro para obtener más información, o llame a Servicios al Miembro.</i> Puede corresponder un copago a los miembros de 18 a 20 años de edad. | Cubierto con una referencia médica de su PCP a un proveedor de la red y a veces requiere autorización previa. <i>Consulte las secciones "Cómo obtener atención médica de especialistas" y "Especialistas fuera de la red" del Manual del Miembro para obtener más información, o llame a Servicios al Miembro.</i> Puede corresponder un copago. |
| Medicamentos bajo receta | Cubiertos: Puede corresponder un copago a los miembros de 18 a 20 años de edad. | Pueden estar cubiertos, dependiendo de la categoría de asistencia al miembro. Llame a Servicios al Miembro para obtener más información. Puede corresponder un copago. |
| Exámenes dentales de rutina | Cubiertos: una vez cada 6 meses. | Es posible que el cuidado dental no esté cubierto para todos los miembros mayores de 21 años de edad. <i>Llame a Servicios al Miembro para obtener más información sobre su beneficio dental.</i> |
| Visitas de rutina al OB/GIN | Cubiertos | Cubiertos |
| Asesoramiento para dejar de fumar | Cubiertos cuando se proporciona por un centro médico de AmeriHealth Caritas con un programa para dejar de fumar aprobado por el Departamento de Salud. El número de visitas de asesoramiento es limitado. <i>Consulte la sección "Programa para dejar de fumar" del Manual del Miembro para obtener más información.</i> | Cubiertos cuando se proporciona por un centro médico de AmeriHealth Caritas con un programa para dejar de fumar aprobado por el Departamento de Salud. El número de visitas de asesoramiento es limitado. <i>Consulte la sección "Programa para dejar de fumar" del Manual del Miembro para obtener más información.</i> |
| Vista | Los exámenes de la vista de rutina están cubiertos. Los anteojos y lentes de contacto están cubiertos, con algunos límites en dólares. <i>Consulte la sección "Cuidado de la vista" del Manual del Miembro para obtener más información.</i> Puede corresponder un copago a los miembros de 18 a 20 años de edad. | Los exámenes de la vista de rutina están cubiertos. Los anteojos y lentes de contacto están cubiertos, con algunos límites en dólares. <i>Consulte la sección "Cuidado de la vista" del Manual del Miembro para obtener más información.</i> Puede corresponder un copago. |
| Línea de enfermeros las 24 horas del día, los 7 días de la semana | Cubierto | Cubierto |

*Esta no es una lista completa de beneficios y servicios cubiertos. Esta es solo una referencia rápida de algunos de los beneficios y servicios comúnmente utilizados.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información al **1-888-991-7200** (TTY 1-888-987-5704) o visite **www.amerihealthcaritaspa.com**.

